



Espacio Editorial

Este artículo debería citarse como: Agrest, Alberto, "La seguridad del paciente amenazada por el error.". Disponible en World Wide Web:

<http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar> Junio 2008. IIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.

La seguridad del paciente amenazada por el error.

Acad. Alberto Agrest

Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires

La atención de cada paciente significa para el médico, para sus auxiliares y para la organización médica un examen de sus respectivas competencias. Se trata de un examen en la realidad no en los papeles y en la mayoría de las veces sin observadores. Es de experiencia común que los conocimientos que basan las respuestas en papeles no son los mismos que basan las respuestas ante el paciente y que las conductas en soledad son distintas de las que se tienen bajo observación. La competencia médica se hace así difícil de evaluar por otro mecanismo que el análisis de los resultados de la actividad médica. Resultados en beneficios de salud y resultados en gratificación del paciente.

El desafío en la actividad médica es la permanente necesidad de adaptación a circunstancias cambiantes y la primera necesidad es justamente hacerse consciente de estas circunstancias cambiantes y no dejarse arrastrar por una inercia que se resiste al cambio. Todo cambio exige un esfuerzo y este esfuerzo significa luchar contra hábitos, contra desconcentración y contra el agotamiento.

El error en medicina es expresión de un acto médico equivocado que puede estar a cargo del médico, de sus auxiliares o de la organización que sustenta esa actividad médica. El error se convierte así en un fracaso en el examen de competencia. Fracasos médicos y efectos adversos pueden no ser fallas de competencia cuando conocimientos o recursos no están disponibles, pero son estas circunstancias las que ponen a prueba la capacidad de adaptación y dan oportunidad para ser originales.

Al médico se le exigen competencias en distintas áreas que engloban la acción médica, competencias en conocimientos, que es su saber, competencia en su manualidad, que es su habilidad en el hacer, competencia en el pensar, que es razonar con la interpretación de sus observaciones, competencia en el equilibrio emocional, que es la base de la relación médico/paciente. Ver un paciente es dar examen de todas estas competencias. No es fácil sacar 10 en todos estos exámenes. Cada situación es diferente, no es lo mismo el examen en situaciones habituales que excepcionales, no es lo mismo en situaciones de emergencia que en aquéllas en las que existe más tiempo para las decisiones, diría que nunca es lo mismo.

La equivocación puede ocurrir en el pensar, en la decisión y en la realización en todos esos ámbitos, el de los médicos, el de los auxiliares y el de los organizadores.

Los organizadores son responsables de la confección de normas de la actividad de los médicos y auxiliares y de su control. El problema de las normas es que obedecerlas es más cómodo que pensar.

El pensar se nutre del saber. El saber representa conocimientos, accesibles en el recuerdo (el interno) o en los recursos informáticos (el externo) y la capacidad de relacionar esos conocimientos. Este relacionar se hace de acuerdo a métodos de inferencia. Inferir es sacar conclusiones que justifiquen una acción. ¿Cómo arribar a conclusiones apropiadas? Es más probable arribar a conclusiones apropiadas si se tiene conocimientos, información y experiencia. Todo conocimiento se ubica en el pasado y toda acción se proyecta en el futuro, ese futuro será el testigo de nuestro acierto o nuestro error.

La decisión consiste en elegir entre alternativas y comunicarla al paciente sobre quien pesaran las consecuencias de esa decisión, analizando con él riesgos y beneficios.

De la decisión se pasa a la realización que exige habilidades entrenadas y es sabido que la calidad de esas habilidades conjuga facilidades naturales y la magnitud de ese entrenamiento.

En cada instancia acecha la equivocación que conduce al error y al daño al paciente.

Equivocarse en el pensar es en primer término el no pensar, abstenerse de relacionar los datos de la anamnesis entre sí y con los hallazgos semiológicos. Es un no pensar por falta de concentración por agotamiento o por desinterés. Agotamiento por exceso de trabajo, por un gran esfuerzo para interpretar la historia y los hallazgos semiológicos por falta de conocimientos y experiencia, por falta de tolerancia ante la baja sensibilidad y baja especificidad de los datos de la historia clínica.

Los pacientes también pueden agotar con sus demandas, quejas múltiples, historias clínicas incoherentes o plagadas de nimiedades inconducentes. Desinterés es el resultado de expectativas insatisfechas, falta de compensación económica y gratificación afectiva.

Una vez puestos en la tarea de pensar, información, experiencia y sentido común alimentan las justificaciones de las inferencias, inferir el diagnóstico, inferir el pronóstico inferir el mecanismo más adecuado para informar al paciente.

Los médicos seguramente estamos siempre dispuestos a ayudar, pero ¿estamos siempre dispuestos a pensar? Lamentablemente es más cómodo obedecer que pensar, sobre todo porque el pensar demanda tiempo y el obedecer normas generales puede convertirse en un reflejo subcortical.

Lo cierto es que las condiciones de la asistencia médica actual, sin tiempo disponible, facilitan y condicionan una actividad subcortical. Como la educación médica enfatiza conocimientos y evalúa información el resultado puede hacer que estemos perfeccionando el envase y olvidemos el contenido. Es probable que este énfasis reduzca los errores de sistema pero exacerbará los errores de los médicos.